

Florence Delamarre-Damier¹
Sophie Taisne²
Marie-Colette Bourgeois³
Gilles Berrut⁴

¹ Consultations mémoire et médecin
coordonnateur d'Ehpad,
Centre Hospitalier de Cholet,
1 rue Marengo,
49325 Cholet cedex
<conseildd@yahoo.fr>

² Centre hospitalier spécialisé
de Blain le pont-Pietien,
Blain

³ Infirmière référente à l'Ehpad
Mon Repos

⁴ Professeur des universités,
CHU nord,
Boulevard Jacques Monod,
Saint-Herblain



Les articles originaux
sont traduits en anglais
et disponibles sur le site :

www.anales-de-gerontologie.com

Tirés à part : F. Delamarre-Damier

Modèle de management des crises en institution, exemple d'une crise d'agitation psychomotrice

Crisis management model in institution, application to psychomotor agitation crisis

Résumé ■ Les situations de crise en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont très fréquentes en raison de l'augmentation du profil poly-pathologique du résident qui est le plus souvent atteint de démence. Elles sont difficiles à prévoir, mais certaines peuvent être évitées et leur impact peut être diminué si elles font l'objet de protocoles de prise en charge. L'objectif de cette étude est de proposer un modèle simple de management de situation de crise en Ehpad. Pour cela, les outils de management de crise couramment utilisés dans les entreprises ont été appliqués à cinq Ehpad. Ce travail a permis d'identifier un ensemble de mots clés sur lesquels il est possible de se baser pour élaborer les protocoles de prise en charge dans une démarche collective afin de prévenir et/ou résoudre une crise en Ehpad. L'outil de management ainsi développé a été appliqué avec succès dans les cas d'une crise d'agitation aiguë et d'une épidémie de gastro-entérite. C'est l'épisode d'agitation qui est décrit dans notre article.

Mots clés agitation psychomotrice, crise, Ehpad, management, médecin coordonnateur

Abstract ■ *Crisis situations in nursing homes are quite common because of the increase of the poly pathological profile of the resident which is also mostly affected by Alzheimer's disease or other dementias. They are difficult to predict but some crisis can be avoided and their impact can be reduced if they are the subject of care guidelines. The objective of this study is to propose a simple model of management of a crisis situation in a nursing home. In order to build this model, we employed crisis management tools that are used in companies to apply them in five nursing homes. This study allowed us to identify a set of keywords that can be used to elaborate care guidelines. The elaborated management tool was successfully applied in an "acute behavior disorder" and in a sanitary crisis.*

Key words crisis, management, medical director, nursing home

Une crise est un événement imprévisible qui peut nuire à une organisation. Les crises en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont très fréquentes car elles surviennent dans des environnements où le facteur humain est majeur. Elles peuvent toucher les locaux, comme le management, les salariés comme les résidents. Différents types de crises sont observés :

- les crises sanitaires (grippes [1], épidémie de tuberculose, de gale, gastro-entérites, infections respiratoires basses, légionellose, canicule, etc.) ;
- les crises de ressource humaine (grève du personnel, vacance de poste-clé, etc.) ;

- les crises matérielles (incendie, explosion, etc.) ;
- crise résultant d'une mauvaise gestion de crise.

Contrairement au dirigeant d'une entreprise, le directeur d'un Ehpad n'est pas suffisamment entouré et/ou n'a pas suffisamment de connaissances en management pour bien appréhender la crise. Le médecin coordonnateur a un temps de présence restreint dans l'institution, ses missions sont nombreuses et sa formation, centrée sur la gériatrie, n'inclut pas de notions de management pour la gestion de ces événements. Celui-ci travaille en équipe avec l'infirmière référente de la structure qui, sans une méthodologie préparée à l'avance, peut être débordée par la situation. Le modèle de management utilisé par les entreprises afin de prévenir et gérer

des situations de crise peut être appliqué au management des crises en Ehpad, y compris aux crises d'agitation psychomotrice.

Matériel et méthodes

Les méthodes de gestion de crise d'une entreprise ou d'une organisation sont appelées *Crisis management plan*, ou plan de gestion de crise [2-7]. En France, la plupart des crises survenant dans les entreprises sont gérées selon ce mode de management. Les Ehpad sont des structures médico-sociales complexes, dont le personnel est formé au soin à la personne. Ils sont très différents des entreprises classiques.

Le modèle de management proposé doit permettre une réflexion sur les situations aiguës pouvant survenir et sur la façon de les traiter. Le modèle retenu est le suivant :

- prévenir, identifier les risques ;
- comprendre la situation ;
- mettre en place la cellule de crise ;
- alerter, décider ;
- être transparent ;
- être cohérent ;
- clore la crise ;
- être prêt pour la prochaine crise.

Ces 8 items sont détaillés ci-dessous. Ils seront adaptés à l'exemple d'une crise d'agitation psychomotrice dans la section 3.

La prévention des crises

La prévention passe, en premier lieu, par l'identification exhaustive de tous les risques inhérents aux différents types de crises possibles (crise sanitaire, grève des salariés, défaut de direction, etc.). Lorsque les risques sont identifiés, l'éventuelle survenue de la crise est à pondérer par des potentialités d'occurrence, la gravité des conséquences et la maîtrise du sujet. À ce moment, des outils peuvent être proposés, adaptés à chaque situation possible, permettant d'envisager les actions à mettre en place en amont. Ils peuvent comporter des protocoles à adapter, mais également des listes détaillées et accessibles d'experts à contacter, ou des numéros des autorités de santé par exemple. La formation des équipes est alors essentielle dans la prévention des crises : formation sur les risques identifiés et les crises engendrées, sur les dispositifs mis en place pour les prévenir, et sur l'intérêt de faire des transmissions.

Enfin, la création d'un dispositif de *Plan blanc*, accompagné d'exercices réguliers, pourra permettre de mesurer l'efficacité des mesures prises.

La formation

La formation du personnel est essentielle, afin qu'il puisse avoir une vision globale du patient, à la fois médicale, psycho-

logique et sociale. Celle-ci peut être faite dans le cadre de réunions de synthèse tous les 15 jours, d'environ une demi-heure par résident. Ces réunions doivent impliquer l'équipe médicale et paramédicale, y compris les ASH. Mais ces réunions ne suffisent pas, il convient de former les équipes aux thématiques spécifiques identifiées comme des risques possibles (risque infectieux, risque de crise d'agitation psychomotrice...).

La communication sur la crise

Les messages doivent être réfléchis, voire élaborés avant la crise, et inscrits dans le dossier médical du résident. L'équipe doit être formée à la communication avec un résident poly-pathologique, atteint de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, le manque de formation aggravant souvent la crise. Elle doit également prendre du recul par rapport à la situation, ne pas se sentir coupable. Le médecin coordonnateur, l'infirmière référente et la psychologue de l'établissement ont un rôle primordial dans la dédramatisation de l'événement auprès des équipes. Un groupe de parole peut être proposé aux soignants afin de permettre l'élaboration du vécu singulier, du ressenti de chaque soignant dans un lieu neutre, bienveillant, en dehors de la cellule de crise.

Une liste des interlocuteurs à contacter en cas d'urgence doit être mise à disposition afin de permettre une meilleure réactivité et une meilleure prise en charge du résident.

Le travail en réseau est essentiel, pour lequel il convient de connaître ses interlocuteurs et d'éviter de les découvrir au moment de la crise. En effet, l'Ehpad doit faire de la signature de conventions avec les établissements de santé (ES) une priorité.

La compréhension de la situation

Pour se faire, un vrai travail d'enquête commence. Tous les détails des événements doivent être repris auprès des différents membres de l'équipe afin de reconstituer leur historique :

- date de début ;
- symptomatologie ;
- mesures prises ;
- outils utilisés ;
- personnes prévenues ;
- vérification de ce qui a été compris, dit et fait.

La lecture des transmissions soignantes est une source d'information factuelle, essentielle, et doit être réalisée en premier lieu. Cette démarche permet alors d'affiner le diagnostic de la situation de crise. Ce diagnostic précis permet alors de s'organiser de façon adéquate et de définir une stratégie afin d'y répondre le plus précisément possible et avec la meilleure efficacité.

La cellule de crise

La cellule de crise est le nœud du dispositif. Elle doit être constituée préalablement à toute crise. Elle est composée de

membres compétents et de suppléants en cas d'absence des membres, sans affinités particulières et restreintes en nombre. Les membres doivent pouvoir être contactés à tout moment (téléphone, mail).

Afin d'éviter les phénomènes de dynamique de groupe, il est nécessaire d'inclure un « poil à gratter » capable de remettre en question les consensus trop évidents. La cellule doit être souple et légère, et doit avoir lieu dans des locaux identifiés et équipés en moyen de communication adéquats (téléphone/fax ; matériel informatique avec connexion Internet).

L'alerte et la décision

L'histoire montre que le processus d'alerte est souvent le point faible des dispositifs de crise. Les catastrophes ont souvent été prévues, mais l'alerte pas donnée ou peu entendue. La mise en place, en amont d'un protocole de communication en cas de crise, est primordiale et permet une réaction rapide et efficace afin d'éviter toute manipulation de l'information qui est donnée.

Le protocole doit être affiché, accessible et adaptable à toute situation. Il doit notamment prévoir, par un arbre décisionnel clair :

- le nom et la qualification des personnes devant informer les autres ;
- le nom et la qualification des personnes devant recevoir l'information.

Il permet ainsi la facilitation de la mise en place de la cellule de crise. Enfin, il doit nommer une personne en particulier afin de faire le lien entre l'établissement et l'extérieur lorsque cela est nécessaire (comme la déclaration à la DDASS ou en cas de médiatisation de l'événement par exemple).

La transparence

Le diagnostic doit être précis. Pour cela, il s'agit d'analyser de façon ouverte et transparente les différents événements, de ne pas écouter les rumeurs, d'être factuel et de ne pas hésiter à se faire aider.

Il convient de reconnaître, d'assumer l'ampleur de l'événement et de pouvoir répondre de ses actes. Cela ne signifie pas forcément en endosser la responsabilité. Le pire doit être imaginé, car en période de stress, on s'attache plus aisément aux nouvelles qui rassurent.

La transparence est le maître mot. Il faut parfois résister aux pressions extérieures des familles, de la direction et même du personnel qui ont tendance à minimiser un événement ou à transformer l'histoire de cet événement. Le mensonge est l'erreur suprême, d'autant que rien ne peut rester caché très longtemps. Être transparent, cela signifie être à l'écoute et avoir une attitude ouverte.

L'équipe doit montrer un visage humain et faire preuve d'empathie. Les inquiétudes sont réelles, les familles des résidents doivent être prises en charge. Elle doit également

« occuper le terrain ». Une crise se gère sur la durée. Ainsi, il ne suffit pas d'être réactif immédiatement, il faut ensuite gérer la crise sur une longue période.

La cohérence

Lorsque le diagnostic de la crise est posé et l'alerte donnée, des mesures logiques par rapport à l'événement doivent être adaptées à la situation en restant le plus simple possible.

Les messages délivrés doivent être cohérents entre eux et délivrés par une seule et même personne.

Clore la crise [8]

Lorsque la crise est terminée, la vigilance reste nécessaire. Des récurrences étant possibles, la cellule de crise peut être allégée dans un premier temps avant d'être dissoute. À ce moment, le bilan des événements passés repris en équipe permet un partage des expériences de chacun, une valorisation des efforts fournis et l'expression des ressentis du personnel à l'occasion de cette crise. La réflexion sur des mesures correctives du dispositif en place peut ensuite être facilitée.

En Ehpad, une fois la période d'agitation passée et le résident apaisé, il est nécessaire de reprendre la situation en équipe. Ce *debriefing* permet ainsi aux soignants de partager leur ressenti par rapport à la situation vécue, et d'analyser la réponse apportée ainsi que les moyens mis en place pour y parvenir. Le partage des expériences permet non seulement de s'approprier les événements afin d'intervenir le plus efficacement possible lors d'une récurrence, mais il permet également de réfléchir sur les échecs du dispositif actuel. Des modifications de protocoles peuvent alors être mises en place pour améliorer la réponse donnée et donc la qualité des soins apportés aux résidents.

Être prêt pour la prochaine crise

L'expérience des crises précédentes permet un « entraînement », permet de tester et d'analyser les réactions de l'équipe à chaque crise, et d'en retirer les enseignements nécessaires pour apporter des points d'améliorations en vue des événements futurs. C'est par l'examen sans concession des forces et faiblesses décelées dans les exercices de crise que l'Ehpad peut s'améliorer.

Application

Le modèle de management de crise est résumé sur la *figure 1*. À titre d'exemple, nous proposons dans cette section d'adapter certains des items présentés précédemment au cas d'une crise d'agitation psychomotrice.

La prévention des crises

La prévention d'une crise d'agitation psychomotrice chez la personne âgée nécessite une approche gériatologique du sujet. Pour cela, il faut nécessairement prendre connaissance du dossier médical du résident et de son environnement familial. Il faut suivre son évolution clinique grâce aux transmissions qui doivent être lues de façon systématique afin de repérer les prémises d'un événement. Ce sont ces données qui permettent l'identification des risques liés à l'environnement médico-social.

Par la suite, la prévention des risques inhérents à la personne âgée se fait sur le plan médical, avec une évaluation gériatrique standardisée. Celle-ci permet d'évaluer les risques iatrogéniques, de dénutrition, de déshydratation, de troubles de l'élimination, et de diagnostiquer des pathologies non identifiées auparavant comme la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées [9, 10]. Elle se fait également sur un plan para-médical, avec la sensibilisation de tous les membres de l'équipe (sans oublier les ASH, les kinésithérapeutes, les psychologues, les médecins traitants) à la nécessité de faire des transmissions régulières et informatives. Elle permet ainsi de prévenir toute situation organique ou psychologique pouvant être un facteur de décompensation :

- un syndrome confusionnel ;
- une psychose tardive avec un mode d'entrée brutal ;
- la décompensation d'un trouble affectif ancien ;
- une maladie bipolaire.

Il est nécessaire d'avoir des outils de prévention sur lesquels s'appuyer, tels que :

- les *Bonnes pratiques de soins en Ehpad* ;
- des protocoles gériatriques (prescription des contentions par exemple) ;
- une liste de médicaments à utiliser préférentiellement chez la personne âgée ;
- une liste des médicaments à éviter ou à utiliser dans un cadre précis de prescription avec une durée à définir.

Le travail en réseau est indispensable avec des consultants extérieurs sur lesquels on peut s'appuyer, comme un psychogériatre. Une convention doit donc être signée par le directeur avec un établissement de santé de proximité.

La compréhension de la situation

Par rapport à une crise d'agitation psychomotrice, la lecture des transmissions soignantes permet de diagnostiquer les prémises de l'agitation du résident et peut donner des informations sur les causes, évidentes ou non, à l'origine de l'événement (survenue d'une infection urinaire, aggravation d'une constipation ou d'une douleur par exemple).

La cellule de crise

Si l'on prend l'exemple d'une crise d'agitation psychomotrice en Ehpad, la cellule de crise est très importante afin de prendre

en équipe des décisions communes concernant la prise en charge du patient. Le comportement de chaque soignant doit être adapté, commun au reste de l'équipe, cohérent, et tendre vers une prise en charge individualisée du résident concerné. Les décisions prises peuvent se traduire par la rédaction d'un plan de soins ou d'un protocole adapté à la situation clinique du résident. Ainsi, la cellule de crise peut, par exemple, se dérouler, en dehors de tout danger physique imminent, dans la salle de soins ou dans un bureau. La discussion autour de chaque cas nécessite d'être alimentée par des éléments du contexte socio-familial du patient et par des éléments médicaux.

La cellule de crise dans ce contexte doit se composer a minima de l'infirmière et de l'aide-soignante référente du résident et de l'infirmière coordonnatrice des soins dans l'Ehpad. L'intervention d'autres personnels, externes ou non, à l'établissement est primordiale en particulier :

- du médecin coordonnateur, qui doit être contacté dans tous les cas afin d'analyser et d'évaluer l'événement, même s'il n'est pas sur place ;
- de la psychologue de l'établissement, qui va permettre la réflexion sur la situation et apporter un éclairage clinico-théorique pour une prise en charge adaptée dans une logique pluridisciplinaire ;
- du médecin traitant ;
- de l'infirmier du centre médico-psychologique (CMP) de proximité ou le psychiatre, rattaché à l'établissement de santé avec lequel l'Ehpad a signé une convention.

Cette cellule peut se réunir à la demande de l'infirmière coordonnatrice des soins, en fonction des besoins, dans un délai adapté à l'urgence de la crise et en respectant également les emplois du temps de chacun. En cas d'urgence et de manque de temps pour se réunir, les membres de la cellule externes à l'Ehpad peuvent être joignables par téléphone afin de pouvoir réagir rapidement pour limiter la mise en danger du résident.

L'alerte et la décision

Le protocole d'alerte réalisé en amont doit être appliqué par l'équipe soignante. Il doit apparaître dans un classeur spécifique, accessible à tous les membres de l'encadrement (médecin coordonnateur, infirmière référente, directeur). La cellule de crise évoquée ci-dessus peut alors être déclenchée. Le groupe réuni désignera, en cas de besoin, le membre du personnel devant faire le lien avec les structures extérieures.

La transparence

La transparence permet d'aborder le problème du diagnostic de pathologie démentielle en particulier. Les familles en Ehpad ne savent pas forcément que leur parent est atteint d'une pathologie neurodégénérative ou n'ont pas encore accepté ce diagnostic. La famille et l'équipe doivent être

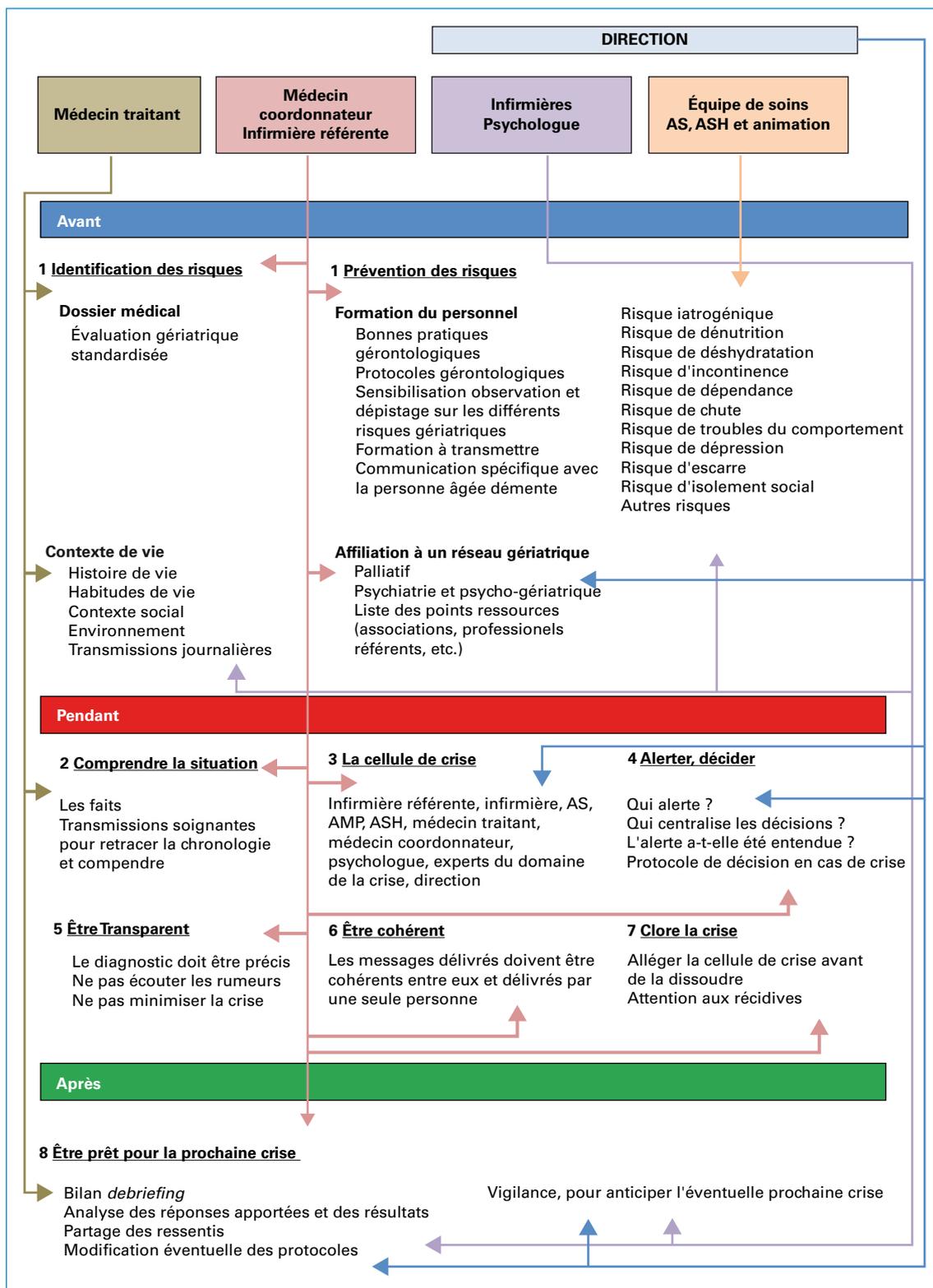


Figure 1. Modèle de management de crise en institution.

Figure 1. Crisis management model in institution.

prises au courant de l'évolution de la situation (diagnostic, prise en charge...), avec l'aide du médecin traitant, avec empathie.

La cohérence

Lors d'une crise d'agitation, les décisions stratégiques discutées dans la cellule de crise doivent être prises par un seul individu : le médecin traitant ou le médecin coordonnateur et l'infirmière référente après avoir informé le médecin traitant [11, 12].

Clore la crise

Cet item n'a pas été modifié.

Être prêt pour la prochaine crise

Pour une crise d'agitation psychomotrice, l'expérience permet de reprendre tous les protocoles qui ont été défectueux, d'améliorer les actions de prévention en incitant régulièrement la réalisation de réunions de synthèse et la lecture des transmissions. L'analyse des faits permet également de faire

le point sur l'avancée et l'efficacité du travail de réseau avec l'Ehpad afin d'envisager l'élaboration de nouvelles conventions.

Conclusion

Les huit items de ce modèle de management de crise en Ehpad permettent d'anticiper et de gérer les crises d'agitation psychomotrices. Afin de prévenir les crises d'agitation psychomotrices fréquentes en Ehpad, il convient :

- d'être prêt et ouvert ;
- de faire un audit des risques les plus importants dans l'Ehpad ;
- de faire un *Plan blanc* ;
- de mettre en place des outils ;
- de se rapprocher d'un service de psycho-gériatrie et/ou d'experts disponibles ;
- de se former en permanence ;
- de s'entraîner.

Remerciements et autres mentions. Financement : aucun ; conflit d'intérêts : aucun.

RÉFÉRENCES

1. Pouliquen E. Pandémie grippale : quelle réponse de ressources humaines. *Semaine Sociale Lamy* 2009 ; supplément 1406.
2. Seeger MW, Sellnow TL, Ulmer RR. Communication, organization and crisis. *Communication Year Book* 2003 ; 21 : 231-75.
3. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, *et al.* Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003 ; 290 : 2015-22.
4. Heiderich D. *Plan de gestion de crise*. Paris : Dunod, 2010.
5. Roux Dufort C. *Gérer et décider en situation de crise*. Paris : Dunod, 2003.
6. Renaudin H, Altemaire A. *Gestion de crise, mode d'emploi*. Paris : Ed. Liaison, 2007.
7. Fusalba T. *Planifier et mettre en œuvre une stratégie de sortie de crise*. Paris : L'Harmattan, 2009.
8. Crocq L, Huberson S. *Gérer les grandes crises*. Paris : Odile Jacob, 2009.
9. Small GN, Rabins PC, Barry PP. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American association for geriatric psychiatry, the Alzheimer's association, and the American geriatrics society. *JAMA* 1997 ; 278 : 1363-71.
10. Krenz C, Larson EB, Buchner DM, Canfield CG. Characterizing patient dysfunction in Alzheimer's type dementia. *Med Care* 1988 ; 26 : 453-61.
11. Teri L, Logsdon RG, Whall AL. Treatment for agitation in dementia patients: a behavior management approach. *Psychotherapy* 1998 ; 35 : 436-43.
12. Brill PA, Drimmer AM, Morgan LA, Gordon NF. The feasibility of conducting strength and flexibility programs for elderly nursing home residents with dementia. *Gerontologist* 1995 ; 35 : 263-6.